

Cognición social en personas con trastorno antisocial de la personalidad: una revisión teórica*

Juan Carlos Restrepo Botero**, María Consuelo Ruiz Pérez***, Claudia Marcela Arana Medina****, Alexander Alvis Rizzo*****

Resumen

Según la American Psychiatric Association ([APA], 2002), el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) “es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o en el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta” (APA, 2002, 784) que se ha conocido también bajo el nombre de psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Se ha identificado, entre otros, un compromiso en los lóbulos frontales que afectan las funciones ejecutivas y la cognición social. Con la presente revisión, se busca brindar herramientas conceptuales básicas que permitan orientar futuras rutas de investigación y estrategias de intervención de la cognición social en esta población.

Palabras clave: cognición social, trastorno antisocial de la personalidad, neuropsicología.

Social cognition in people with antisocial personality disorder: a theoretical revision

Abstract

According to American Psychiatric Association ([APA], 2002), the antisocial personality disorder is a general pattern of disregard and violation of other people's rights that starts during childhood or in the beginning of adolescence and goes on during adulthood, and it is also known as psychopathy, so-

ciopathy or dissocial personality disorder. Among other elements, a compromise in the frontal lobes that affect executive functions and social cognition has been identified. With this revision, the idea is to provide basic conceptual tools that allow the orientation of future research routes and intervention strategies for social cognition within this population.

Key words: social cognition, antisocial personality disorder, neuropsychology.

Cognição Social Em Pessoas Com Transtorno Antissocial Da Personalidade: Uma Revisão Teórica

Resumo

Segundo a American Psychiatric Association ([APA], 2002), o transtorno antissocial da personalidade (TAP) “é um padrão geral de desprezo e violação dos direitos dos demais, que começa na infância ou no princípio da adolescência e continua na idade adulta” (APA, 2002, 784) que se conheceu também sob o nome de psicopatia, sociopatia ou transtorno dissocial da personalidade. Identificou-se, entre outros, um compromisso nos lóbulos frontais que afetam as funções executivas e a cognição social. Com a presente revisão, se procura brindar ferramentas conceituais básicas que permitam orientar futuras rotas de investigação e estratégias de intervenção da cognição social nesta população.

Palavras chaves: cognição social, transtorno antisocial da personalidade, neuropsicologia.

* Artículo derivado de la investigación: “Rehabilitación Neurocognitiva de las funciones ejecutivas y la cognición social en personas con trastorno antisocial de la personalidad, en edades comprendidas entre 20 y 50 años pertenecientes a la ciudad de Medellín” financiada por la Fundación Universitaria Luis Amigó y la Corporación Universitaria Lasallista.

** Psicólogo, especialista en Rehabilitación Neurocognitiva y doctor en Psicología con orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada. Docente y Director del Grupo de Investigación en Psicología Aplicada. Corporación Universitaria Lasallista, Medellín, Colombia.

*** Psicóloga, Especialista en terapia cognitiva y en psicología organizacional. Magister en Neuropsicología. PhD en Psicología con orientación en Neurociencia Cognitiva aplicada.

**** Psicóloga, especialista en terapia cognitiva y en psicología organizacional, magister en Neuropsicología y doctor en Psicología con Orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó, Grupo de investigación: Neurociencias básicas y aplicadas. Línea de Investigación Perfiles Neurocognitivos y Psicología, Medellín-Colombia.

***** Psicólogo y magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente Programa de Psicología, Fundación Universitaria Luis Amigó, Grupo de investigación: Psicología Social y Salud Mental. Línea: Psicología Social y Salud Mental, Medellín-Colombia.

Introducción

La prevalencia del TAP se ha estimado en un 3 % de los hombres y en un 1 % de las mujeres de la población general. Sin embargo, dependiendo del contexto las prevalencias alcanzan un 30 % (APA, 2002). En el contexto colombiano, son escasos los estudios que reportan la prevalencia de este trastorno. Entre estos, se destaca el realizado por Echeverry, Córdoba, Martínez, Gazón y Gómez (2002), quienes identificaron una prevalencia en la cárcel La Cuarenta en Pereira cercana al 50 % en los condenados por homicidio y/o tentativa de homicidio.

Asociadas al TAP se han encontrado disfunciones en los lóbulos frontales que comprometen las funciones ejecutivas y la cognición social (CS) (Cervera et al., 2001; Navas & Muñoz, 2004). Como lo señala Goldberg (2002), los lóbulos frontales son el director de orquesta del cerebro, es decir, son los encargados de coordinar el funcionamiento general del cerebro. Para esto juegan un papel fundamental las llamadas funciones ejecutivas que son definidas por este autor como habilidades mentales superiores requeridas para la solución de problemas complejos y que, como lo explican Restrepo y Molina (2011), están relacionadas con la Unidad funcional III que propuso Luria (1979), implicada en la organización, ejecución y regulación de la acción. De otra parte, de estos lóbulos depende también la CS que se refiere al conjunto de competencias, experiencias cognoscitivas y emocionales que rigen las relaciones y explican los comportamientos del ser humano con su entorno familiar y social (Gil & Arroyo, 2007; Nosek, Hawkins y Frazier, 2011; Frith y Frith, 2012; Shook, 2012; Fiske, 2013; Wyer, 2013).

Lo planteado anteriormente sugiere que el TAP podría ser objeto de intervención o rehabilitación cognitiva. Portellano (2005) plantea que usualmente, cuando se habla de rehabilitación cognitiva, se hace referencia a la rehabilitación neuropsicológica, ya que su objetivo es mejorar las funciones mentales que han sido afectadas como resultado de un daño cerebral. Por lo general las funciones sobre las que se hace un especial énfasis son: funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional. A lo largo de la

historia, algunos autores han afirmado que los tratamientos a personas con TAP no son tan exitosos (Abram, 1989; Forrest, 1992), mientras que otros han encontrado un panorama más alentador al respecto (Messina, Wish, Hoffman y Nemes, 2002). Actualmente, se cree que las estrategias para dichas intervenciones deben centrarse en la reserva cerebral y la reserva cognitiva con la que cuenta cada individuo (Kluwe et al., 2013).

Otero y Scheitler (2001) señalan que en la rehabilitación cognitiva juega un papel importante la plasticidad neuronal que consiste en la capacidad que tienen las neuronas para regenerar dendritas. Lo anterior es muy importante para alcanzar el objetivo de una rehabilitación cognitiva que busca mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas en sus contextos familiares y laborales. Benedict (1989, citado por Otero y Scheitler, 2001) agrupa las estrategias y técnicas de rehabilitación en tres niveles: a) Restauración. Se busca mejorar las funciones cognitivas comprometidas actuando directamente sobre ellas, b) Compensación. Se da por hecho que la función alterada no se puede restaurar y se intenta potenciar mecanismos alternativos o habilidades que se mantienen intactas y c) Sustitución. En esta intervención se pretende enseñarle al paciente estrategias que le ayuden a minimizar los problemas que presenta utilizando ayudas externas.

En el presente artículo, por tanto, se pretende hacer una revisión de los aportes que diferentes autores han hecho sobre la CS en personas con TAP, con el fin de orientar las estrategias de intervención con esta población.

Características principales del TAP

A continuación se mencionarán las características conductuales que algunos autores identifican en este trastorno. Según Alcázar, Verdejo, Bouso & Bezos (2010) de forma general las personas que han sido diagnosticadas como TAP son impulsivas, no reparan en consecuencias de sus actos, no cuentan con responsabilidades personales y sociales. Además, tienen un déficit en la solución de problemas, sentimientos de amor o culpabilidad y una gran pobreza afectiva. Arana (2012) y Lara (2005) añaden que esta patología se caracteriza por ser

una conducta desviada y de tipo persistente, con estructura de personalidad particular como egocentrismo y ausencia de remordimiento, que pueden evidenciarse claramente en personas que están condenadas por homicidios y delitos graves. Arana (2012), al igual que Concha (2002), identifican la influencia que tiene en estas personas un estilo de vida inestable, una clase socioeconómica baja, comportamientos criminales y una baja escolaridad.

Según Irwin, Sarason & Sarason (2006, citado por Arana, 2012) lo que caracteriza a estas personas más que los delitos, es cómo ellos ven la vida y a las personas en general ya que se presenta una tendencia a asumirla como un juego donde ellos pueden manipular y utilizar a todos como objetos para su propio beneficio. Adicionalmente a lo ya reportado, Goldberg (2008, citado por Arana, 2012) plantea que en las personas con TAP su historia de vida ha estado marcada por ausencias sin permiso, expulsiones y fugas del colegio y de su casa, repetitivas mentiras, conducta sexual precoz, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, irresponsabilidad, irritabilidad, incapacidad para planear con anticipación, indiferencia temeraria por la seguridad de ellos mismos y de los demás, y manipulación sobre las otras personas.

De otra parte, Vallejo (1980, citado por Garzón & Sánchez, 2007) menciona que las personas con TAP son frías, distantes, carentes de miedo y prudencia ante el peligro y el riesgo, a diferencia de otras personas que no cuenten con dicho trastorno. Por lo anterior, este autor plantea que es común notar desde muy temprana edad esta clase de comportamientos y evidenciarlos de forma continua a través de la niñez, la adolescencia, la juventud y la adultez. Por su parte, Mercadillo, Díaz & Barrios (2007) comentan que esta psicopatía se caracteriza también por una distorsión en la interpretación o aplicación de los valores morales socialmente aprendidos. Arias & Ostrosky-Solís (2008) señalan que las personas con TAP, a pesar de recibir castigos repetitivos, continúan presentando conductas violentas; además, se les dificulta la planeación y la organización; todo esto les genera dificultades a la hora de ocuparse laboralmente. Adicionalmente, son incapaces de establecer fuertes vínculos emocionales y

son carentes de empatía, lo que también les genera dificultades para ser aceptados socialmente. Otros autores que coinciden con lo anterior son Paumard, Rubio & Granada (2007) quienes plantean que el *self* de estas personas se vuelve inestable, cambiante, saturado de múltiples perspectivas, y los vínculos interpersonales se multiplican, a la vez que se forjan superficiales y evanescentes.

En la revisión que hacen De la Peña (2003), Muller (1997), Tirapu, Pérez, Erekatxo & Pellegrín (2007) proponen, además de las características conductuales ya mencionadas anteriormente, la búsqueda de sensaciones, baja evitación al daño, incapacidad para postergar gratificaciones, falta de religiosidad, baja motivación, rigidez, dificultad para adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional y en general patrones desadaptativos.

En cuanto al diagnóstico de esta patología, Arana (2012) recuerda que no se puede hacer sino hasta que el individuo tiene 18 años. Sin embargo, Tirapu et al. (2007) señalan que los problemas persistentes de la conducta aparecen como una curva continua a lo largo de todo el neurodesarrollo. Por lo regular, la violencia, el crimen y la delincuencia se empiezan a encontrar como un patrón estable después de los 15 años. Paumard et al. (2007) señalan que para muchos el problema clínico de los Trastornos de Personalidad es un subproducto emergente de la sociedad postmoderna, ya que las tendencias sociales actuales complican el desarrollo de la conciencia de la identidad propia y social.

En cuanto al perfil neuropsicológico del TAP, Arias & Ostrosky (2008) señalan que las personas violentas y antisociales se caracterizan por tener alteraciones neuropsicológicas en comparación con la población que no cuenta con estas características. Los resultados neuropsicológicos, de acuerdo con la clasificación que hacen Barratt, Stanford, Kent et al. (1997, citados por Arias & Ostrosky, 2008) de individuos violentos e impulsivos, muestran que fácilmente se pueden diferenciar de los individuos no violentos. Lo anterior, debido a un deterioro cognitivo significativo en atención, memoria y funciones ejecutivas. Asimismo, identifican un deterioro interpersonal y afectivo que favorece la desviación social.

Etiología del TAP

En cuanto a la etiología de este trastorno, diversas teorías se han planteado. De la Peña (2003) menciona cuatro categorías que agrupan las principales teorías: psicobiológica, socioeconómica, neuroendocrina y genética. Entre las psicobiológicas, genéticas y neuroendocrinas, Muller (1997) señala que las personas con TAP tienen factores genéticos que hacen que estos sujetos se hipoactiven y sean hiporreactivos a diferentes estímulos, y por lo tanto, sean menos sensibles al castigo y las claves sociales. Por su parte, Garzón & Sánchez (2007) dicen que desde estas teorías no se pretende identificar el gen de la agresión, ya que se asume una interacción de múltiples genes. Sin embargo, se han encontrado genes que tienen defectos enzimáticos que modifican el equilibrio de los neurotransmisores generando conductas antisociales. También plantean que hay un factor hereditario cuando ambos padres padecen el trastorno.

Otras categorías, además de las planteadas por De la Peña (2003), se han sugerido como explicación de este trastorno: dificultades con el seguimiento de normas, distorsiones cognitivas, alteraciones en las funciones ejecutivas y en el lóbulo temporal, dificultades emocionales, factores perinatales, factores ambientales y bajo CI. (Alcázar et al., 2010; Arias & Ostrosky, 2008; Echeburúa & Fernández, 2009; Echeburúa, 1994; Garzón & Sánchez, 2007; Gómez, Arango, Molina, & Barceló, 2010; Lara, 2005; Mercadillo et al., 2007; Muller, 1997; Ramirez, Reyes, & Rivera, 2007; Tirapu et al., 2007).

Según el interés que se persigue en el presente artículo, se profundizará en algunas explicaciones emocionales que se han sugerido. Arias & Ostrosky (2008) proponen que estas conductas son el producto de una inadecuada regulación emocional, ya que las personas normales pueden regular voluntariamente sus afectos negativos y pueden beneficiarse de las claves que les da el ambiente, tales como señales faciales, vocales de ira o miedo que cumplen con este papel regulador. Alcázar et al. (2010), por su parte, plantean que estas personas carecen de un mínimo equipamiento cognitivo y afectivo que se requiere para asumir los valores que

se aceptan socialmente por lo que transgreden constantemente las normas establecidas y tienen un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Gómez, Arango, Molina & Barceló (2010) reconocen que la teoría de la mente es la clave para comprender este trastorno, ya que existe un inadecuado procesamiento de la información emocional y la cognición social. Señalan que su problema no es tanto en la capacidad de ponerse en el lugar de víctima sino en la despreocupación que tienen por el impacto de su conducta en las víctimas potenciales

Jones (1992, citado por Arias & Ostrosky, 2008), coinciden que la conducta violenta de estos individuos puede ser generada por alteraciones neuropsicológicas, entre ellas: un incremento en la activación que interfiere con la habilidad de pensamiento; se disminuye la habilidad para inhibir los impulsos; existe un deterioro en los procesos mentales básicos como la concentración, la atención y la memoria; no existe la adecuada interpretación de eventos externos; dificultades en la inhibición; toma de decisiones riesgosas; no cuentan con el adecuado aprendizaje de los errores previos; dificultad para acceder a sus emociones, entre otras.

De otra parte, diversas estructuras, áreas cerebrales, hormonas, neurotransmisores y sustancias se han encontrado comprometidas en las personas que padecen TAP. Entre estas se han identificado: corteza prefrontal, particularmente en su región ventromedial; corteza orbitofrontal; corteza frontal polar y dorsolateral; lóbulo temporal anterior; amígdala; hipotálamo ventromedial; tálamo dorsomedial; cabeza del núcleo caudado; sistema límbico; núcleo peduncular cerebeloso; niveles de testosterona alterados; disminución del líquido cefalorraquídeo; alteraciones en los niveles de noradrenalina, dopamina, serotonina y las Monoamino oxidasas (MAO), entre otras (Alcázar et al., 2010; Arias & Ostrosky, 2008; Garzón & Sánchez, 2007; Lara, 2005; Mercadillo et al., 2007; Muller, 1997; Ramirez et al., 2007; Rodríguez, Acosta, & Rodríguez, 2011).

Cognición social en el TAP

La cognición social ha sido definida por diferentes autores (Butman, Abel & Allegri, 2003;

Fuentes, García, Ruiz, Dasi & Soler, 2011; Lahera, 2008; Martín, Secades, & Tirapu, 2012; Rodríguez, Acosta & Rodríguez, 2011). En general, coinciden en que es un proceso cognitivo por medio del cual se puede interpretar, predecir y percibir adecuadamente los signos sociales, y responder de una manera adecuada a estos. Se refiere también a cómo las personas piensan sobre sí mismas y sobre los demás, teniendo en cuenta sus emociones e identificando sus intenciones. Butman (2001, citado, por Uribe, 2010), define la cognición social como un proceso neurobiológico, psicológico y social, por medio del cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales, para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos. Según Uribe (2010) este proceso se relaciona con la percepción social y con el estilo atribucional de cada persona introduciendo un nuevo término: la teoría de la mente o la capacidad para atribuir pensamientos o intenciones en las otras personas (Téllez, 2006; Tirapu et al., 2007).

Diversos autores mencionan que existen procesos o sistemas neurocognitivos relacionados con la cognición social, es decir, con el entendimiento de lo que hacen los demás y sus estados mentales (Grande, 2009; Martín et al., 2012; Rodríguez et al., 2011; Tirapu et al., 2007; Uribe, 2010). Entre ellos se mencionan: identificación; percepción; atribución; predicción de conductas; expresión y manejo de emociones; teoría de la mente; empatía; procesos sobre sí mismo (*self*); conocimiento de las reglas sociales; detección de la mirada, entre otros. Lo anterior, reconociendo la importancia que tienen las emociones ya que estas afectan el resultado final de cada uno de estos procesos (Butman et al., 2003; Grande, 2009; Martín et al., 2012; Ortega, Tirapu, & López, 2012).

De acuerdo con lo anterior, se entiende por qué Grande (2009) destaca la influencia que tienen las emociones en las diferentes conductas de las personas, ya que estas están ligadas a las estrategias cognitivas que influyen en la selección de respuestas. Lo anterior indica que las emociones intervienen a la hora de juzgar, tomar decisiones, reconocer y entender los estados emocionales. Rodríguez et al. (2011), adicionalmente, proponen que cuando existe una alteración en la cognición social se puede

evidenciar una dificultad para pensar analíticamente, y para procesar la información relativa a emociones y señales. Encuentran en su investigación con pacientes esquizofrénicos que existen dificultades en el procesamiento emocional, debido a factores fundamentales tales como la abstracción, la familiaridad, la complejidad de la situación, así como el procesamiento semántico, lo cual coincide con lo planteado por Dergán (2007). Rodríguez et al. (2011) concluyen que en los pacientes esquizofrénicos el déficit en la cognición social podría estar en el origen de las dificultades interpersonales y en el deterioro del funcionamiento psicosocial. En varios estudios se reportan compromisos similares (Penn, Roberts, Combs y Sterne, 2007; Green et al., 2008; Penn, Lawrence y Roberts, 2008; Rodríguez et al., 2013).

Diversas teorías se han planteado para intentar explicar cómo opera la cognición social en los individuos. Según Arana (2012) y Mercadillo et al. (2007) para la psicología, la cognición social se sustenta en la teoría de la mente que se construye a través de la empatía y con el adecuado establecimiento de relaciones interpersonales y sociales. Lo anterior, ligado a las emociones morales que posibilitan identificar en el otro el daño provocado por el rompimiento de un valor moral o una norma social. Los tipos de emociones morales que identifican estos autores son: emociones de condena, emociones de autoconciencia, emociones relativas al sufrimiento ajeno y emociones de admiración. Recientemente la investigación sobre las emociones morales ha tomado importancia para el estudio del TAP.

Por su parte, Uribe (2010) sintetiza las teorías más importantes de la explicación de la cognición social: el marcador somático, de Antonio Damasio; el modelo de empatizar y sistematizar, de Simon Baron-Cohen, y el modelo dual retomado por Matthew Lieberman.

Se han identificado diversas estructuras y áreas cerebrales relacionadas con la cognición social. Uribe (2010) destaca en su revisión la corteza ventral y algunas estructuras paralímbicas como la amígdala, la ínsula y el polo temporal. También reporta otras áreas y estructuras que procesan elementos básicos que facilitan o impulsan la elaboración social

más compleja, así como la emisión de comportamientos desencadenados por la emoción, entre los cuales se destacan la corteza motora, los ganglios basales y el tallo cerebral. Otros autores, adicionalmente, identifican la participación de la corteza prefrontal medial, la corteza prefrontal ventromedial, la corteza prefrontal dorsomedial, la corteza orbitofrontal, la corteza lateral orbitofrontal, la corteza parietal derecha, la corteza tétoro-occipital, el giro fusiforme, el cíngulo, la corteza somatosensorial, el giro temporal superior, el cuerpo estriado ventral, el surco temporal, el sistema límbico, el lóbulo temporal, el lóbulo parietal, el hipotálamo, entre otras (Arana, 2012; Butman et al., 2003; Martín et al., 2012; Ortega et al., 2012; Palau, Valls, & Salvadó, 2011; Rodríguez et al., 2011; Tirapu-Ustárrroz et al., 2007; Uribe, 2010).

A la hora de explorar la cognición social es importante tener en cuenta lo que dicen Fuentes et al. (2011) cuando plantean que se requiere evaluar varias dimensiones que no son tenidas en cuenta por lo regular en las investigaciones. Por ejemplo, Arango (2006) plantea que en la valoración que se hace de las funciones ejecutivas usualmente se omite la evaluación del dominio emocional de estas limitándolas únicamente a su dominio cognoscitivo. Lo anterior se explica si se tiene en cuenta que antes de la década de 1990 las neurociencias no profundizaban en este aspecto. Eran la antropología, la psicología y ciencias afines las que se dedicaban a este estudio (Uribe, 2010).

Rodríguez et al. (2011) plantean que en la actualidad no existen instrumentos que permitan hacer una valoración global de la cognición social sino varios instrumentos que evalúan aspectos específicos de esta. Señalan, además, que la mayoría de estos son extensos, carecen de una validación suficiente para su utilización y no logran representar completamente las situaciones de la vida cotidiana de las personas a los que les son aplicados. Entre los instrumentos más conocidos señalados por estos autores se reportan para el reconocimiento facial: Pictures of facial affect, Face Emotion Discrimination Test (FEDT), Face Emotion Identification Test (FEIT, diseñado por Baron-Cohen). Para la evaluación de la cognición social: Interpersonal perception task (IPT), Emocional Intelligence Test (MSCEIT). Para la percepción

social: The Schema compression sequencing test-revised (SCRT-R), Situational feature recognition test (SFRT), Videotape affect perception test. Para la evaluación de la teoría de la mente: la historia de Sally y Anne, la historia de Cigarettes, la historia de Ice-Cream Van store y del Burglar Store, The Hinting Task. Otro instrumento muy utilizado en la evaluación de la CS es el Faux Pas o test de meteduras de pata (Tirapu et al., 2007).

Tirapu et al. (2007), a partir de investigaciones con sujetos con trastorno de la personalidad antisocial, con y sin psicopatía, utilizando el test de meteduras de pata, concluyeron que los sujetos antisociales pueden captar y comprender las historias de este test, pero se observó que estas no provocan ningún impacto emocional, es decir, los sujetos pueden definir lo que siente el personaje pero no *podrían sentir lo que siente dicho personaje*. Por lo tanto, concluyen que estas personas tienen dificultades en la empatía.

Por su parte, Gómez, et al. (2010) llevaron a cabo una investigación con sujetos con TAP y, al igual que Tirapu et al. (2007), encontraron que estas personas cuentan con un bajo procesamiento emocional que involucra su comportamiento empático. Como consecuencia, no cuentan con conductas acertadas para lograr un funcionamiento social adecuado ni lograr establecer vínculos con otras personas.

Conclusiones

El interés por el estudio de la cognición social en el ámbito de las neurociencias es reciente. No obstante, como ha quedado claro en el presente artículo, se han realizado múltiples estudios sobre la cognición social en personas con TAP, y se han identificado de forma específica los compromisos implicados al nivel comportamental y emocional que incluso coinciden con alteraciones identificadas también en pacientes con esquizofrenia.

A pesar del optimismo de autores como Mesina et al. (2002), quienes creían que las intervenciones en los pacientes con TAP podrían tener mejores resultados, no se encuentran estudios recientes que así lo sugieran. Quizá la

explicación de lo anterior se encuentre en los señalamientos que hacen Rodríguez et al. (2011), quienes afirman que en la actualidad no existen instrumentos que permitan hacer una valoración global de la CS, sino varios instrumentos que evalúan aspectos específicos de esta y, por tanto, se requieren más avances en la evaluación global de ella para, posteriormente, poder plantear estrategias de intervención que puedan ser más efectivas y no solo intervenir procesos aislados como la empatía, la teoría de la mente, la expresión y manejo de emociones, entre otras. De hecho, como lo evidencian Muñoz et al. (2009), las propuestas de estrategias de estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica que apunten específicamente al trabajo sobre los componentes de la CS es reciente. No obstante, se recomienda a aquellos que realizan intervenciones neuropsicológicas con este tipo de población revisar las actividades específicas propuestas por Muñoz et al. (2009) para la rehabilitación de las funciones ejecutivas en las cuales se proponen actividades específicas para el trabajo de la CS, ya que podrían inspirar nuevas estrategias de abordaje.

En las propuestas sobre la rehabilitación de las funciones ejecutivas se concluyó que es más efectivo intervenirlas en actividades de la vida cotidiana de los pacientes que por medio de actividades aisladas de su contexto (Kluwe et al., 2013). Quizá estos mismos esfuerzos serán requeridos con los pacientes que tienen TAP. Uno de los retos será poder involucrarse en sus actividades de la vida cotidiana, si se tiene en cuenta que la mayoría de estas personas identificadas se encuentran privadas de su libertad.

En países como Colombia, no obstante, el camino es prometedor teniendo en cuenta el panorama de posconflicto que se avecina como resultado de las negociaciones de paz con la guerrilla de las FARC, proceso que se vienen adelantando actualmente en la Habana (Cuba).

Referencias bibliográficas

- Abram, K. M. (1989). The Effect of Co-occurring Disorders on Criminal Career: Interaction of Antisocial Personality, Alcoholism, and Drug Disorders. *Int. J. Law Psychiatry*, 12, 133-148.

- Alcázar, M. Á.; Verdejo, A.; Bouso, J. C.; & Bezoz, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurol*, 50(5), 291-299.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arana, C. M. (2012). Funciones ejecutivas y cognición social en sujetos con diagnóstico de personalidad antisocial: una revisión teórica e investigativa. En: *Hacia la transformación de la dinámica investigativa: memorias / Encuentro Nacional de Investigadores 2012* (pp. 139-149). Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Arango, O. E. (2006). *Estructura factorial de la función ejecutiva utilizando un inventario de conductas en adolescentes infractores del Valle de Aburrá*. Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Neuropsicología. Medellín, Colombia. Universidad de San Buenaventura.
- Arias, N. & Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 95-114.
- Butman, J.; Abel, C.; & Allegri, R. F. (2003). *Bases cognitivas de la conducta social humana*. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqsocial/12044/
- Cervera, G.; Rubio, G.; Haro, C.; Bolinches, F.; De Vicente, P. & Valderrama, J. C. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 3-10.
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, 22, 347-361.
- De la Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45(Suplemento 1), s124-s131.
- Dergán, J. (2007). *Neuropsicología de la esquizofrenia*. Bogotá: Ecoe.
- Echeburúa, E. & Fernández, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Int J Clin Health Psychol*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. España: Ediciones Pirámide.
- Echeverry, J.; Córdoba, F.; Martínez, J. W.; Gazón, A. & Gómez, D. (2002). Trastorno de personalidad antisocial en condenados por ho-

- micidio en Pereira, Colombia. *Investigación en salud*, 4(2), 1-10.
- Forrest, G. G. (1992). *Chemical Dependency and Antisocial Personality Disorder: Psychotherapy and Assessment Strategies*. New York: The Hawthorne Press.
 - Fuentes, I.; García, S.; Ruiz, J. C.; Dasi, C. & Soler, M. J. (2011). La escala de cognición social (ECS): Estudio piloto sobre la evaluación de la cognición social en las personas con esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial*, 8(1 y 2), 2-7.
 - Fiske, S. T. (2013). *Social cognition: From brains to culture*. Sage.
 - Frith, C. D. & Frith, U. (2012). Mechanisms of Social Cognition. *Annual Review of Psychology*, 63, 287-313.
 - Garzón, A. & Sánchez, J. A. (2007). Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial. *Revista Psicología Científica.com*, 9(16).
 - Gil, R. & Arroyo, E. M. (2007). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.
 - Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo : lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Crítica.
 - Gómez, M., Arango, E., Molina, D., & Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. *Psicología desde el Caribe*, 26, 103–118.
 - Grande, I. (2009). Neurociencia social: El maridaje entre la psicología social y las neurociencias cognitivas. Revisión e introducción a una nueva disciplina. *Anales de Psicología*, 25(1), 1-20.
 - Green, M. F.; Penn, D. L.; Bentall, R.; Carpenter, W. T.; Gaebel, W.; Gur, R. C. (2008) Social Cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull*, 34,1211-1220.
 - Kluwe, B.; Sanvicente, B.; Viola, T. W.; Souza, L. S. A.; Rigoli, M. M.; Fonseca R. P. & Grassi, R. (2013). Rehabilitation of executive functions: Implications and strategies. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), pp. 110-120.
 - Lahera, G. (2008). Cognición social y delirio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXVIII(101), 197-209.
 - Lara, H. (2005). Enfoques actuales en la psicobiología contemporánea de la conducta violenta y delictiva. *Neurol Neurocir Psiquiat*, 38(1), 28-36.
 - Luria, A. R. (1979). *El cerebro en acción*. Barcelona: Editorial Fontanella.
 - Martín, M. C.; Secades, R. & Tirapu, J. (2012). Cognición social en adictos a opiáceos. *Rev Neurol*, 55(12), 705-712.
 - Mercadillo, R. E.; Díaz, J. L. & Barrios, F. A. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30(3), 1-11.
 - Messina, N. P.; Wish, E. D.; Hoffman, J. A. & Nemes, S. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 28(2), 197-212.
 - Muller, R. T. (1997). Trastorno de personalidad antisocial: recomendaciones para el tratamiento farmacológico. *Revista de Toxicomanías*, 12, 1-7.
 - Muñoz, E.; Blázquez, J. L.; Galpasoro, N.; González, B.; Lubrini, G.; Periañez, J. A.; Ríos, M.; Sánchez, I.; Tirapu, J. & Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Editorial UOC.
 - Navas, E. & Muñoz, J. (2004). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Rev Neurol*, 38(6), 582-590.
 - Nosek, B. A.; Hawkins, C. B. & Frazier, R. S. (2011). Implicit social cognition: from measures to mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(4), 152-159.
 - Ortega, H.; Tirapu, J.; & López, J. J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 39-51.
 - Otero, J. L. & Scheitler, L. F. (2001). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Rev Med Uruguay*, 17, 133-139.
 - Palau, M.; Valls, A. & Salvadó, B. (2011). Trastorno del espectro autista y ritmo mu. Una nueva perspectiva neurofisiológica. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), S141-S146.
 - Paumard, C.; Rubio, V. & Granada, J. M. (2007). Programas especializados de trastornos de personalidad. *Revista Norte de Salud Mental*, 27, 65-72.
 - Penn, D. L.; Roberts, D. L.; Combs, D. & Sterne, A. (2007). Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451.
 - Penn, D. L.; Lawrence, J. S. & Roberts, L. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411.
 - Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.

- Ramirez, F. A., Reyes, A. & Rivera, M. (2007). Agresividad, trastorno antisocial y violencia. *Rev Med Hondur*, 75, 190-196.
- Restrepo, J. C. & Molina, D. A (2011) *Neuropsicología y funciones ejecutivas* En: Desarrollo y Transversalidad de la Serie Lasallista de Investigación y Ciencia. Medellín: Artes y Letras S. A. S.
- Rodríguez, J. T.; Acosta, M. & Rodríguez, L. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 28-37. doi:10.1016/j.rpsm.2010.11.005
- Rodríguez, J. T.; Gil, H.; Trujillo, A.; Winter, M., León, P.; Guerra, L. M.; (2013). Cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 6,160-167.
- Shook, J. R. (2012). Neuroethics and the Possible Types of Moral Enhancement. *AJOB Neuroscience*, 3(4), 3-14.
- Téllez, J. E. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en Psiquiatría biológica*, 7(1), 6-27.
- Tirapu, J.; Pérez, G.; Erekatxo, M.; & Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol*, 44(8), 479-489.
- Uribe, C. (2010). Una breve introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados. *Revista Contextos*, 2(4), 1-10.
- Wyer, R. S. (2013). *Stereotype activation and inhibition: advances in social cognition* (Vol. 11). Psychology Press.